

FAX 送 信 票

《 送 付 先 》

加賀市医療センター

地域連携センター

FAX : 0761-76-5161

加賀市 コラボ研修会 参加申し込み

1. 貴施設名、ご連絡先をお教え下さい。

貴施設名	
ご連絡先 (電話/FAX 番号)	TEL: FAX:

2. 出席を希望される方の氏名、職種をご記入下さい。

No	氏 名	職 種
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

準備の都合上、平成 29 年 9 月 22 日 (金) までに、お願いいたします。